LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Thérapeutique : Nouvelle communication sur un traitement de la tuberculose, par le professeur R. Koch. — **Clinique médicale** : Quelques cas de rubéole, par le Dr L. Galliard. — **Clinique chirurgicale** : Kyste de la grande lèvre chez une fillette de 6 ans, survenu probablement dans les vestiges du canal de Nuck, par le Dr Monnier. — **Bibliographie** : De l'antisepsie en gynécologie et en obstétrique, par le Dr Auvard. — Traité clinique des maladies du cœur, par le Dr Durziez — La Dengue et la Grippe, par W. Chasseaud. — Congrès international d'hydrologie et de climatologie. — **Revue de la presse** : Prédisposition des obèses à l'hémorrhagie cérébrale. — Incompatibilité de la teinture de mars tartarisée et de la teinture de noix vomique. — **Académie de médecine** : *Séance du 8 novembre* 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin. — Rapports de prix. — Des causes du faible accroissement de la population en France. — **Société de chirurgie** : *Séance du 19 novembre* 1890. — Présidence de M. Nicaise. — Fistule recto-vaginale. — Hystérectomie abdominale. — Résection de la tête du fémur dans un cas de luxation de la hanche. — Sarcome de l'utérus. — Resection du maxillaire supérieur. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 14 novembre* 1890. — Présidence de M. Dumontpallier. — Sur un cas de myxœdème amélioré par la greffe thyroïdienne. — Péritonite à pneumocoques — **Société clinique de Paris** : *Séance du 12 juin* 1890. — Présidence de M. le professeur Hayem. — **Société médicale du VIIe arrondissement** *Séance du 29 juillet.* — Présidence de M. Hallé. — **Nouvelles.** — **Nécrologie.**

THÉRAPEUTIQUE

Nouvelle communication sur un traitement de la tuberculose,

par M. le professeur R. Koch (1).

Lors du dernier Congrès international des sciences médicales j'ai fait mention d'un moyen par lequel j'ai réussi à rendre des animaux indemnes contre l'inoculation de bacilles des tubercules, et même à arrêter le processus tuberculeux chez des animaux déjà atteints de tuberculose. Maintenant, nous venons de faire, chez l'homme, avec ce remède, des expériences dont voici le résultat :

Je déclare qu'au fond j'aurais préféré terminer complètement les expériences, surtout en ce qui concerne la collection d'expériences suffisantes relativement à l'emploi du remède dans la pratique. J'aurais voulu aussi étudier et établir des règles exactes sur la méthode de la fabrication de cet agent sur une grande échelle, avant d'en parler au public médical. Mais, à l'heure actuelle, malgré toutes les précautions prises, on en a tant parlé et, il est vrai, d'une manière si exagérée et si peu exacte, qu'il me semble bon d'orienter les médecins sur l'état actuel de cette question, afin qu'il soit impossible qu'on s'en fasse des idées fausses. Il est vrai que je ne puis pas en dire beaucoup encore et que je dois laisser entièrement de côté plus d'une question bien importante.

Les expériences ont été faites sous ma direction par MM. Libbertz et Pfuhl. Les malades ont été choisis dans les cliniques de MM. Brieger, W. Lévy, Fraentzel, von Bergmann. Je remercie tous ces messieurs et leurs assistants pour le bon concours qu ils ont bien voulu me prêter et sans lequel, je crois, je n'aurais pas réussi à poursuivre jusqu'ici, en si peu de mois, des expériences qui mettent en jeu une si grande responsabilité.

Sur le remède lui-même et sur sa composition, je ne puis rien dire encore, les recherches des méthodes de fabrication sur une grande échelle n'étant pas encore terminées. J'en donnerai les détails ultérieurement.

Le remède est un liquide limpide, brunâtre, qui, sans prendre même des précautions particulières, ne se décompose pas; avant de s'en servir, il faut le diluer; mais ces liquides dilués avec de l'eau distillée se décomposent; il s'y développe des végétations microbiennes; ces liquides se troublent et ne sont plus applicables. Pour empêcher la décomposition, il faut stériliser par la chaleur les liquides dilués et les conserver dans un flacon bouché avec un bouchon d'ouate, ou, ce qui est plus commode, il faut les diluer à l'aide d'une solution d'acide phénique de 0.5 0/0. Mais, malgré tout, l'action des liquides dilués, soit stérilisés, soit préparés à l'aide de l'acide phénique, semble s'affaiblir au bout de quelque temps, et c'est pour cette raison que je me sers toujours de solutions fraîchement préparées.

Le remède ingéré par la bouche n'exerce point d'action; pour obtenir une action précise, il faut l'employer en injection sous-cutanée. Nous nous sommes servis pour nos injections d'une petite seringue à ballon de caoutchouc; elle n'a point de piston et cette seringue reste facilement aseptique par le lavage seul avec de l'alcool absolu. Je crois que c'est à ce mode de procéder que nous devons de n'avoir pas observé un seul abcès, bien que nous ayons fait plus de mille injections.

Comme lieu d'application nous avons choisi la peau du dos dans la région comprise entre les omoplates et dans la région lombaire, parce que, d'après nos expériences, c'est dans ces régions que l'injection était presque indolore et ne provoquait généralement aucune réaction locale.

Quant à l'action du remède sur l'homme nous avons

(1) Nous reproduisons intégralement, d'après la *Semaine médicale*, la communication insérée par le professeur Koch dans le dernier numéro de la *Deutsche Medizinische Wochenschrift*. Il s'agit assurément là d'un point capital dans l'histoire de la thérapeutique de la tuberculose ; le professeur Koch est un vrai savant qui procède d'une façon réellement scientifique et quel que soit l'avenir réservé à ce mode de traitement, il importe de mettre sous les yeux du lecteur toutes les pièces du procès.

observé dès le commencement que l'homme réagit contre cet agent, d'une manière importante et facile à constater, mais tout autrement que le cobaye, l'animal choisi pour ces expériences. C'est une constatation nouvelle de cette règle importante dont l'expérimentateur ne peut jamais tenir compte, à moins de savoir que l'on ne peut pas, des résultats des expériences faites chez l animal, conclure à des effets identiques chez l'homme.

En effet, nous avons constaté une réaction bien plus sensible chez l'homme contre le remède que ce n'était le cas chez le cobaye. On peut faire à un cobaye indemne une injection sous-cutanée de 2 centimètres cubes du liquide non dilué et même une plus forte encore, sans que l'animal présente quelque symptôme perceptible. Chez l'homme sain, une injection sous-cutanée de 0,25 centigrammes du liquide non dilué suffit pour produire une action considérable. En rapportant ces chiffres au poids du corps (1/1500), on trouve que la proportion qui n'a pas d'action visible sur le cobaye suffit pour produire chez l'homme une action énergique.

Pour connaître les symptômes produits par une injection de 0,25 centim. cubes chez l'homme, je me suis fait une injection au bras ; voici ce que j'ai observé : trois à quatre heures après l'injection, tiraillement dans les membres, disposition à tousser, dyspnée, symptômes qui augmentaient rapidement ; dans la cinquième heure frisson très violent, durant presque une heure ; en même temps nausées, vomissements, élévation de température jusqu'à 39°6 ; au bout de douze heures, ralentissement de tous les symptômes ; le lendemain, la température était normale. Pendant quelques jours, je ressentis une lourdeur et une lassitude dans les membres et il y avait aussi une rougeur autour du point d'injection qui était un peu douloureux.

Chez l'homme sain, la dose minima qui puisse agir est, d'après nos observations, d'environ 1 cent. cube de la solution obtenue en diluant le liquide originaire au centième (soit 1 centimètre cube du liquide originaire). A cette dose seulement des individus éprouvent de légères douleurs dans les membres et une lassitude passagère. Quelques-uns ont présenté, en outre, après l'application de cette dose, une élévation de la température à 38° et un peu au-delà.

A côté de la grande différence d'action du remède chez l'homme, d'une part, et chez le cobaye, d'autre part, il y a, par contre, sur quelques points relatifs à l'action produite, une assez grande analogie entre ce qui se passe chez l'homme et chez l'animal.

La plus importante de ses qualités est l'action spécifique de ce remède sur les processus tuberculeux, de quelque genre qu'ils soient.

Je laisse de côté les expériences sur le cobaye, et je vais décrire la réaction très étrange de l'homme tuberculeux à l'égard de ce liquide.

Nous avons vu que l'homme indemne ne réagit nullement ou presque pas à la dose de 1 centimètre cube. Le même fait a été observé sur les hommes malades, à la condition que ceux-ci n'eussent pas été atteints de tuberculose. *Mais dès que vous injectez à un homme tuberculeux 1 centigramme de ce liquide, vous obtenez une réaction énergique, tant générale que locale.* La dose est, pour les enfants de 3 à 5 ans : 0.001 (le dixième de la dose de l'adulte) ; chez des enfants très affaiblis et chétifs, nous avons obtenu, par la dose de 0.0005, une réaction énergique mais sans danger pour la vie des petits malades.

La *réaction générale* débute par un accès de fièvre, qui, commençant dans la plupart des cas par un frisson, élève la température au-dessus de 39°, même de 40° et 41° ; en même temps on observe : excitation à tousser, douleurs dans les membres, grande lassitude, plus souvent nausées et vomissements. Chez quelques-uns nous avons constaté un léger ictère, et chez quelques autres un exanthème au cou et à la poitrine ressemblant à celui de la rougeole. L'accès commence quatre à cinq heures après l'injection et dure douze à quinze heures. Dans des cas exceptionnels, nous avons vu se manifester l'ensemble de ces symptômes plus tard, et chez ces malades l'accès était moins intense. Les malades sont légèrement fatigués par l'accès et, lorsque celui-ci est terminé, ils déclarent généralement se sentir mieux qu'avant le processus.

La *réaction locale* s'observe le plus nettement chez les tuberculeux, dont l'affection tuberculeuse est visible, c'est-à-dire chez les malades atteints de lupus tuberculeux. Chez ces malades, le remède produit des altérations qui nous font connaître, d'une manière surprenante, l'action spécifique antituberculeuse de ce moyen. Quelques heures après l'injection faite sous la peau dorsale, c'est-à-dire à un point bien éloigné des parties atteintes, les régions lupeuses commencent — d'ordinaire même avant la manifestation du frisson — à gonfler et à rougir.

Pendant la fièvre, le gonflement et la rougeur augmentent de plus en plus et cet état arrive même au point que le tissu lupeux présente ça et là une couleur brun rouge et devient nécrosique. Si les foyers lupeux sont plus limités, on voit que la région, fortement tuméfiée et d'un brun rouge, est entourée d'une auréole blanchâtre d'une largeur de près d'un centimètre, qui à son tour est entourée d'une zone rouge vif. Après l'abaissement de la température, la tuméfaction des régions lupeuses diminue peu à peu, de telle sorte qu'elle peut avoir disparu au bout de deux ou trois jours. Les foyers lupeux eux-mêmes sont couverts de croûtes formées d'un sérum s'écoulant en gouttes et se séchant à l'air ; elles se transforment en eschares qui se détachent spontanément au bout de deux à trois semaines et présentent, parfois déjà après une seule injection du liquide, une cicatrice lisse et rouge. En général, il faut cependant plusieurs injections pour obtenir ce résultat. Un point à noter, c'est que dans ce processus les altérations décrites sont exclusivement limitées aux régions atteintes de lupus ;

plus petites nodosités, presque invisibles et cachées ns le tissu cicatriciel, prennent même part à ce pro- ssus et deviennent visibles par suite du gonflement du changement de couleur, tandis que le tissu cica- ciel proprement dit, dans lequel le processus lupeux sont terminés, ne subit aucun changement.

L'observation d'un malade atteint de lupus tubercu- x et traité par ce liquide est tellement instructive convaincante, que je conseille à celui qui veut se dre compte de l'action de ce liquide de commencer le traitement d'un lupus tuberculeux.

Les réactions locales dans les cas de tuberculose ganglions lymphathiques, des os et des articula- ions, etc., sont moins frappantes, mais toujours core perceptibles à l'œil et au toucher. On observe ns ces cas une tuméfaction, une augmentation de douleur et, si les parties atteintes sont situées à la face, on constate aussi de la rougeur.

Pour le moment, la réaction qui se fait dans les ganes internes après l'injection échappe à notre servation, à moins qu'on ne veuille rapporter à une ction locale l'augmentation de la toux et des crachats tuberculeux que l'on vient d'injecter pour les pre- ères fois. Il faut admettre pourtant aussi que chez malades il se passe des modifications analogues à les qu'on observe directement chez les lupeux. On a servé les phénomènes de réaction dans tous les cas, z tous les malades tuberculeux auxquels nous avons des injections ; *il n'y a pas un seul cas où le liquide question n'ait manifesté son action toujours identique.* ilà pourquoi je crois pouvoir dire *que, pour l'avenir, injections nous serviront comme un moyen précieux r le diagnostic.*

A l'aide de ce liquide, on pourra diagnostiquer la sence de la tuberculose même dans les cas où l'on ura pas réussi à trouver des bacilles ou des fibres stiques dans les expectorations et où l'on n'aura pas plus réussi à diagnostiquer la tuberculose par l'ex- ration physique. Les affections tuberculeuses des ndes, la tuberculose latente des os, une tuberculose uteuse de la peau, etc., seront facilement reconnues nme processus de la tuberculose vraie.

Dans les cas de tuberculose des poumons et des ar- ulations, où le processus pathologique semble être int, l'injection permettra de s'assurer si réellement tinction du processus est complète, ou s'il existe core quelques foyers, pouvant un jour donner lieu ne nouvelle évolution de la maladie, tout comme incelle cachée sous des cendres trompeuses peut se lumer à tout moment et développer une nouvelle nme.

Mais l'importance de l'action du liquide comme *nède*, comme agent curatif, est beaucoup plus grande celle qui se rapporte à la question du diagnostic. 'ai dit plus haut que le tissu lupeux, après la dimi- tion de la tuméfaction et de la rougeur consécutives 'injection, ne revient pas à son état antérieur ; au contraire, le tissu lupeux est plus ou moins détruit et disparaît. Parfois, ce processus se déroule de manière que le tissu atteint se mortifie immédiatement après une seule injection et se détache ultérieurement comme un tissu mort. Chez d'autres malades, il semble qu'il y ait plutôt une sorte d'atrophie ou de fonte du tissu, qu'il s'agisse d'un processus qui, pour aboutir à une guérison, paraît avoir besoin de l'influence répétée de l'action du liquide. Je ne puis dire exactement aujourd'hui de quelle manière se font ces processus, les examens histologiques nécessaires faisant encore défaut. Mais ce qui est constaté, c'est qu'il ne s'agit pas d'une destruction des bacilles des tubercules contenus dans les tissus ; seul, le tissu qui contient les bacilles des tubercules est atteint par l'action du liquide. Dans ce tissu on voit une tuméfaction et une rougeur considérables, c'est-à-dire des altérations notables de la circulation, d'où dépendent sans doute des modifications altérant profondément la nutrition, de sorte que le tissu doit se mortifier. Cette mortification se fera plus ou moins rapidement et profondément suivant la façon dont l'action du liquide est utilisée.

Le liquide, je le répète, ne tue donc pas les bacilles des tubercules, mais le tissu tuberculeux, ce qui fait voir sa limite d'action. Il ne peut agir que sur le tissu tuberculeux vivant ; il n'agit point du tout par exemple sur des masses caséeuses déjà mortifiées, des os nécrosés, etc. ; il n'agit pas non plus sur le tissu mortifié par l'action du liquide lui-même. Il se peut bien qu'il y ait encore dans ces masses de tissu mortifié des bacilles des tubercules vivants, qui, ou bien sont expulsés avec le tissu nécrosé, ou bien peuvent pénétrer sous des conditions particulières dans le tissu avoisinant vivant.

Il faut faire bien attention à cette qualité du remède, quand on veut mettre à profit toute son action pour la guérison. Il faut donc d'abord nécroser le tissu tuberculeux encore vivant, puis tâcher avec la plus grande énergie, d'éliminer le tissu nécrosé, l'extirper même au besoin. Dans le cas où l'extirpation n'est pas applicable et où l'activité seule de l'organisme ne peut effectuer qu'une expulsion lente, il faut continuer l'application du liquide pour garantir le tissu vivant compromis d'une réimmigration des parasites.

Le fait que le liquide mortifie le tissu tuberculeux et n'agit que sur le tissu vivant nous explique encore une qualité bien particulière de cet agent : c'est que l'on peut en injecter des doses rapidement croissantes. On pourrait de prime abord attribuer cela à l'accoutumance; mais cette idée est réfutée par ce fait que l'on peut augmenter la dose dans le courant de trois semaines environ jusqu'à cinq cents fois la première dose; ceci ne peut plus être considéré comme l'effet de l'habitude, car une telle adaptation rapide des malades à un médicament est sans exemple.

Il faut dire plutôt qu'au commencement il y a eu une grande quantité de tissu tuberculeux vivant, et que par conséquent une petite dose de la substance active a

suffi pour produire une réaction énergique ; or, comme par chaque injection on fait une certaine quantité du tissu capable de réaction, il faut, au fur et à mesure, des doses de plus en plus grandes pour obtenir le même degré de réaction que précédemment. Toutefois j'accorde que le malade prend, en effet, jusqu'à un certain point, l'habitude du remède.

A partir du moment où le tuberculeux, traité par des doses de plus en plus croissantes, ne manifeste qu'une réaction aussi faible que celle qu'on observe chez l'homme sain après l'injection, on peut admettre que tout tissu tuberculeux susceptible de réaction a cessé de vivre.

En conséquence, pour que le malade, tant qu'il y a encore des bacilles dans l'organisme, soit à l'abri d'une nouvelle infection, il faut continuer le traitement ; mais alors il faut employer des doses lentement croissantes et établir des interruptions dans le traitement.

L'avenir nous démontrera si cette idée et les conclusions que j'en tire sont justes. A l'heure actuelle, j'ai fait mes expériences sur cette base. Nous avons procédé de la manière suivante :

Presque chez tous les lupeux, nous avons injecté la dose entière de 1 centigramme, nous avons laissé passer la réaction, et au bout de une à deux semaines, nous avons injecté de nouveau 1 centigramme, et nous avons continué de cette manière jusqu'à ce que la réaction soit devenue de plus en plus faible, pour cesser enfin complètement. Ainsi, chez deux malades, atteints de lupus tuberculeux de la face, les régions lupeuses se sont couvertes de cicatrices lisses après trois ou quatre injections ; l'état des autres lupeux s'est amélioré de la même manière au fur et à mesure de la durée de leur traitement. Tous ces malades étaient atteints de lupus depuis bien des années, et l'affection avait été rebelle jusqu'ici à un grand nombre de méthodes de traitement auxquelles chacun d'eux avait été déjà soumis.

Nous avons traité de la même manière des cas de tuberculose des ganglions, des os, des articulations. Le succès obtenu a été le même que chez les lupeux ; amélioration rapide dans les cas récents et légers, amélioration lente dans les cas graves.

Chez la plupart des tuberculeux les conditions se présentent un peu différemment. Il faut dire d'abord que les malades atteints de tuberculose pulmonaire prononcée sont beaucoup plus sensibles à l'égard du liquide que les malades atteints d'affections tuberculeuses chirugicales. Nous avons constaté bientôt que la dose d'un centim. cube était trop forte pour les phtisiques et nous avons obtenu chez ceux-ci une réaction énergique après l'injection de deux millim. cubes et même de un millim. cube du liquide. Mais, en débutant par cette dose minima, on peut bientôt augmenter rapidement la dose, et, au bout de peu de temps, les phtisiques supportent le mêmes doses que les autres malades.

Généralement nous injections à un phtisique, pour la première fois, un millim. cube et, si l'injection éta suivie d'élévation de la température, nous injectio chaque jour la même quantité, jusqu'à ce qu'il ne produisît plus de réaction. A ce moment seulemer nous injections deux millim, cubes jusqu'à ce que cet injection ne fût plus suivie de réaction, et ainsi de suit en augmentant chaque jour la dose d'un millim. cub nous sommes arrivés ainsi à des doses d'un centi cube et plus. A mon avis, ce procédé doit donc êt suivi chez les malades qui ont peu de forces, car il pe met d'administrer aux malades les doses nécessair presque sans fièvre.

Quelques phtisiques, dont les forces étaient enco assez bonnes, ont été traités soit à l'aide de doses imm diatement élevées, soit à l'aide de doses rapideme croissantes, et il m'a semblé que le résultat favorab se faisait sentir d'autant plus vite. L'action du liqui chez les phtisiques était telle que les quintes de toux les expectorations, après avoir d'habitude augmen d'abord quelque peu à la suite des premières injectio allaient ensuite en diminuant à l'ordinaire ; puis symptômes décroissaient de plus en plus pour dispar tre enfin complètement, au moins dans les cas où marche fut la plus favorable ; en même temps, les e pectorations, jusqu'ici purulentes, devinrent muqueus

Le nombre des bacilles ne commençait généraleme à baisser que quand l'expectoration avait pris un asp muqueux (il faut noter ici que l'on n'a choisi pour expériences que des malades présentant des bacil dans leurs crachats). Les bacilles, alors, disparaissai complètement pour un temps, mais se retrouvaient nouveau. de temps à autre, jusqu'à ce que l'expecto tion cessât entièrement. En même temps les sue nocturnes se supprimaient, l'aspect général s'amé rait, et le poids des malades augmentait.

Les malades traités dans le stade initial de la pht furent tous délivrés, en l'espace de quatre à six maines, de la totalité des symptômes de leur mala de sorte qu'on put les considérer comme guéris. malades, porteurs de cavernes dont les dimensions taient pas trop grandes, ont été aussi considérablem améliorés et à peu près guéris. C'est seulement chez phtisiques dont les poumons contenaient des cave nombreuses et vastes que, en dépit d'une diminu encore manifeste des crachats accompagnée d'un am dement des phénomènes subjectifs, aucune amél tion objective ne fut constatée. A la suite de ces ex riences, je suis disposé à admettre QU'UNE PHTISIE MENÇANTE PEUT ÊTRE GUÉRIE D'UNE MANIÈRE CERTAIN L'AIDE DE CE REMÈDE (1). Cette conclusion s'appli

(1) Au sujet de cette déclaration, il faut néanmoins faire core quelque réserve, attendu qu'actuellement il n'y a pas ne peut pas y avoir encore d'expériences décisives permet de savoir si la guérison est définitive. Il va de soi qu'on ne rait exclure encore à présent la possibilité d'une récidive peut fort bien admettre, toutefois, qu'on viendrait à bout

ore, mais en partie seulement, aux cas dans lesquels fection n'est pas trop avancée déjà.

Mais les phtisiques qui portent de grandes cavernes hez lesquels il existe, la plupart du temps, des plications (telles que la pénétration dans les canes de divers microbes susceptibles de produire la puration, ou la formation dans d'autres organes térations pathologiques qu'on ne peut enlever, etc.), retireront guère qu'exceptionnellement un bénéfice able de l'emploi de ce remède. Cependant les maes de cette catégorie furent aussi améliorés passaement dans la plupart des cas. On doit en conclure , chez eux aussi, le processus morbide originel, la erculose, a été influencée par le remède de la même nière que chez les autres malades et que, d'habitude, anque seulement en pareil cas la possibilité d'éliner les masses de tissus nécrosés à côté des processus suppuration secondaires. Involontairement on est ené ainsi à se demander si l'on ne devrait pas porter ore une assistance utile à quelques uns de ces maes si gravement atteints, en combinant le nouveau itement avec quelque intervention chirurgicale (dans genre de l'empyème, par exemple), ou avec d'autres teurs curatifs. Ce que je voudrais surtout déconseiller formellement, c'est l'application de ce remède ten, en quelque sorte, d'une manière schématique et s distinction, chez tous les tuberculeux.

L'indication la plus simple à formuler consiste dans pplication de ce traitement dans les cas de phtisie mmençante et d'affections chirurgicales simples; is, pour toutes les autres formes de la tuberculose, jugement du médecin reprend forcément tous ses oits, car il est indispensable ici d'individualiser soieusement et de mettre en même temps en œuvre tous s autres modes d'assistance susceptibles de fournir un pui à l'action du nouveau traitement.

Dans bien des cas, j'ai eu cette impression très nette ue la façon dont les soins sont donnés aux malades erce sur l'action curative une influence qui est bien in d'être sans importance; aussi je préférerais aux aitements à domicile ou dans les établissements nbulants l'application de la cure nouvelle dans des ablissements appropriés, où l'on pourra mieux surer l'observation minutieuse des malades et les ins les plus rationnels. On ne saurait encore déterminer, en ce moment, dans quelle mesure il sera avangeux de combiner avec la méthode nouvelle l'appliation des procédés de traitement reconnus utiles squ'à ce jour, tels que l'usage des climats de mongne, de la cure à l'air libre, des modes spéciaux alimentation, etc.; mais je crois que ces divers facteurs de la cure, joints à l'emploi du traitement nouveau, seront, eux aussi, d'une utilité très grande dans un très grand nombre de cas, notamment dans les cas jusque-là négligés et graves, ainsi que dans le stade de convalescence (1).

Le point capital du nouveau mode de traitement réside, comme je l'ai dit déjà, dans son application aussi précoce que possible. La période initiale de la phtisie représente le véritable objectif du traitement, parce que c'est à l'égard de celle-ci qu'il peut exercer son action intégralement. Aussi ne saurait-on insister suffisamment sur la nécessité qui s'impose aux praticiens, désormais plus encore que jusqu'à présent, d'établir le diagnostic de la phtisie d'aussi bonne heure que possible. Jusqu'ici la recherche des bacilles dans les crachats était restée considérée comme un examen d'intérêt secondaire, assurant il est vrai le diagnostic, mais sans autre utilité pour le malade et par suite trop souvent omis, ainsi que j'ai pu m'en convaincre en ces derniers temps chez un grand nombre de phtisiques qui avaient passé entre les mains de plusieurs médecins, sans que leur expectoration eût été l'objet d'un seul examen.

Il en doit être autrement dans l'avenir. Tout médecin qui néglige d'établir, à l'aide de tous les moyens qui sont offerts et notamment à l'aide de l'examen des crachats suspects, le diagnostic aussi précoce que possible de la phtisie, se rend coupable d'une faute professionnelle grave envers son malade, parce que de ce diagnostic et de la précocité du traitement spécifique consécutivement institué peut dépendre cette vie humaine. Dans les cas douteux, le médecin devrait, à l'aide d'une injection d'essai, acquérir une certitude à l'égard de l'existence ou de l'absence d'une tuberculose.

Le procédé nouveau ne constituera un réel bienfait pour l'humanité souffrante que le jour où il aura rendu possible d'instituer en temps opportun le traitement de tous les cas de tuberculose, et où il aura permis de ne plus laisser se développer ces formes négligées et graves, qui ont entretenu jusqu'à présent une source inépuisable d'infections sans cesse renouvelées.

En terminant, je désire faire observer que je me suis abstenu intentionnellement dans cette communication de toute donnée statistique et de toute description des cas particuliers, parce que les médecins dans les services desquels se trouvaient les malades soumis à nos expériences comptent fournir eux-mêmes les observations des divers cas, et que je ne veux rien relater à l'avance de ce qui se rapporte à leurs observations présentées sous une forme aussi objective que possible.

---

cidives aussi aisément et aussi rapidement que de la première teinte.

Il se pourrait aussi, d'autre part, que les individus une fois ris aient acquis une immunité durable, analogue à celle qui bserve à l'occasion d'autres maladies infectieuses. C'est là alement une question qui doit demeurer encore ouverte.

(1) En ce qui concerne la tuberculose de l'encéphale ou du larynx et la tuberculose miliaire, nous avons eu à notre disposition un matériel trop restreint pour nous permettre de grouper à cet égard un nombre d'expériences suffisant.

CLINIQUE MÉDICALE

Quelques cas de rubéole (1)

Par le Dr L. GALLIARD.

J'ai observé en ville, pendant les mois de mars et d'avril 1890, dans les 8e et 9e arrondissements, quelques cas de rubéole chez des enfants parmi lesquels plusieurs fréquentaient les écoles. Dans une famille, où la maladie a été apportée par un jeune garçon, j'ai vu successivement les deux jeunes sœurs, la mère et un employé atteints de rubéole. D'après la marche de cette épidémie locale l'incubation de la maladie serait d'une dizaine de jours en moyenne.

Jamais de prodromes dans mes observations. Un enfant qui s'est couché bien portant se réveille avec un érythème et une tuméfaction de la face qui feraient penser à la rougeole. La langue est sale; on constate parfois de la rougeur de l'isthme du gosier et un peu de tuméfaction des ganglions sous-maxillaires.

Parfois il y a du catarrhe conjonctival et même nasal. Pas de fièvre. Je n'ai pas vu la température s'élever au-dessus de 38°.

Dès le premier jour l'éruption envahit le cou, la partie supérieure du tronc, une partie des membres supérieurs.

Le second jour elle se généralise, atteint les membres inférieurs et la totalité du tronc. Elle prédomine à l'aine, au pli du coude, à la face interne des cuisses. Il n'y a pas la rougeur diffuse de la scarlatine, mais plutôt un fin piqueté rouge se détachant sur un fond rosé. En certains points l'analogie avec l'éruption morbilleuse est frappante, taches irrégulières avec intervalles de peau saine.

Le 3e jour l'éruption pâlit et disparaît.

Le 4e jour la peau reprend son aspect normal.

Pas de desquamation.

La tuméfaction ganglionnaire prédomine au cou, à l'angle des mâchoires, à la nuque. Elle existe aussi aux aisselles et aux aines.

Le diagnostic avec la rougeole est facile puisqu'il n'y a ni prodromes, ni catarrhe bronchique, ni fièvre.

Dans un cas où le début de la maladie avait été marqué par de l'angine pultacée on pouvait songer à la scarlatine, mais l'érythème débutait nettement par la face; il n'y avait pas de fièvre; la desquamation a été recherchée ensuite, sans succès, de la façon la plus minutieuse; l'albumine a manqué dans l'urine.

Au mois de mai j'ai observé un cas de rubéole chez un jeune homme de 19 ans, employé de banque. Il y avait un ganglion rétro-auriculaire gauche.

(1) Communication à la Société clinique de Paris.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Kyste de la grande lèvre chez une fillette de 6 ans survenu probablement dans les vestiges du canal de Nuck (1).

Par le Dr MONNIER,
Chirurgien à l'hôpital Saint Joseph.

G. Clotilde, 6 ans, entre le 17 octobre 1890 dans notre service d'enfants. C'est une fillette un peu délicate mais de bonne santé. A l'âge de 6 mois, ses parents s'aperçurent qu'elle portait dans la grande lèvre droite une tumeur du volume d'une grosse noisette : un bandagiste consulté crut à l'existence d'une hernie et appliqua un bandage qui fut porté jusqu'à il y a un an.

A son entrée, nous trouvons dans la région indiquée mais plus spécialement dans le tiers supérieur de la grande lèvre, une tumeur allongée du volume d'une grosse noisette, indolente, fluctuante, irréductible mais très aisément appliquée par la pression contre l'orifice extérieur du canal inguinal, tout en ne présentant pas la moindre impulsion par la toux. La peau est normale.

18 octobre 1890. — Anesthésie, lavages antiseptiques de la région. Incision suivant le grand axe vertical de la tumeur. Après section successive de toutes les enveloppes de la grande lèvre, nous arrivons sur une tumeur parfaitement transparente, comparable à une petite vessie natatoire de poisson : énucléation aisée en haut surtout : en bas et en dehors, l'adhérence est plus grande et nous plaçons une ligature sur une sorte de pédicule vasculaire. — Drainage, suture, pansement antiseptique.

Guérison rapide, sans fièvre ni douleurs.

La tumeur enlevée a tout à fait l'aspect d'un kyste du cordon : en bas, sur le côté, est une petite cavité adjacente, ouverte par la section du pédicule lié. En haut il n'y a pas la moindre continuité avec le péritoine.

Réflexions. — Il semble s'agir nettement d'un kyste du canal de Nuck.

La situation supérieure et externe de la tumeur, le jeune âge de la malade permettent d'éliminer le kyste de la glande de Bartholin.

On pourrait soulever l'hypothèse d'un kyste dans un sac herniaire déshabité, mais il semble difficile d'admettre que toute continuité avec le péritoine ait disparu

(1) Communication faite à la Société médicale du 7e arrondissement, séance du 28 octobre 1890.

BIBLIOGRAPHIE

De l'antisepsie en gynécologie et en obstétrique, par le Dr AUVARD. (Lecrosnier et Babé, édit., Paris, 1891.)

Il y a quelques mois à peine, lorsque nous rendions

compte du traité pratique d'accouchement du même auteur, nous nous plaisions à signaler deux lignes du livre qui nous avaient paru une nouveauté dans les livres obstétricaux et qui nous semblaient être l'expression exacte de la vérité : « L'antisepsie præ-partum est aussi nécessaire que l'antisepsie præ-opératoire » d'autant plus nécessaire même, ajoutais-je, que le milieu dans lequel va se produire la plaie obstétricale est une cavité naturelle, exposée plus que toute autre à l'infection permanente.

C'est cette idée, exprimée en quatre lignes dans son traité d'accouchement, commentée dans une note de de dix lignes qui donnait tous les éléments nécessaires pour la mettre en pratique, que M. Auvard a développée dans le nouveau volume qu'il présente aujourd'hui.

Accablé par les détails minutieux dont est sursaturé ce très petit manuel, nous ne savons plus quel choisir pour le signaler préférablement à d'autres. — Le livre est divisé en deux parties, de l'antisepsie en général et de l'antisepsie en particulier, ce dernier chapitre divisé en antisepsie obstétricale et antisepsie non puerpérale.

Dans la première partie que l'on pourrait appeler la partie hygiénique, M. Auvard, déjà praticien, donne les moyens permettant à un accoucheur *d'oser accoucher* sa patiente. Il accumule en effet les précautions et le malheureux praticien qui ne veut pas se mettre en manches de chemise, bras nus pour ne pas souiller les manches de ses vêtements, sera forcé d'avoir un sarrau ou des manches de toile ; jusque-là, parfait ; mais les conseils de M. Auvard deviennent plus difficiles, si le praticien a été en rapport avec une infection puerpérale ; il devra, s'il ne peut rentrer chez lui, posséder une voiture, dans laquelle il devra dépouiller le vêtement qu'il porte et en prendre un autre qu'il y aura préalablement déposé et destiné aux malades dont l'état est dangereux. *Il faut donc posséder une voiture*, ce qui ne nous semble pas donné à tout le monde. Les précautions hygiéniques personnelles que prescrit M. Auvard, aux médecins et aux accoucheuses, quoique d'une exécution plus facile, nous paraissent peut-être un peu exagérées. — Recommander de porter la barbe et les cheveux courts, passe encore pour les hommes ; mais regretter que la mode soit encore aux cheveux longs pour les femmes, leur interdire la pommade ou tout autre corps gras, est peut-être un peu cruel ; c'est pousser un peu loin les rigueurs de l'antisepsie.

Quant à la dernière recommandation, oserais-je la reproduire ? Peut-être aurai-je une lectrice de cette analyse et je serai accusé d'avoir choisi à son intention ce passage du livre alors que je n'ai d'autre but que de montrer jusqu'où on peut aller dans l'exagération des prescriptions que l'on veut imposer : « Homme et femme devront procéder journellement à un savonnage de la région ano-génitale » (oh ! oh !). Je me demande comment les contaminations pourraient avoir lieu entre les organes génitaux de l'accoucheur ou de l'accoucheuse et ceux de la nouvelle accouchée. Il faudrait supposer un intermédiaire qui transporte d'un point à un autre le virus qui siège, etc., etc.

Morbleu, vous me feriez dire quelque sottise ! ! !

Non, recommandons la propreté intime, mais ne décrétons pas le mode de toilette de chacun et de chacune, et soyons assurés que les microbes ne franchiront pas d'un bond prodigieux les culottes de l'homme ou les jupons de la femme à moins de conditions toutes particulières.

L'antisepsie des mains est pour M. Auvard le sujet d'un chapitre étendu et minutieusement écrit. Je suis avec lui pour admettre toute l'importance de ce point de pratique. Mais consciencieux dans mes divers temps du nettoyage des mains, je ne vois pas, moi, la nécessité de me teindre les bras et les mains avec de la teinture d'iode afin d'être sûr en l'enlevant que j'aurai suffisamment frotté mon épiderme. La brosse, le savon, puis l'alcool et le sublimé, tels sont les différents moyens qui, bien employés, donnent une sécurité aussi complète que possible, je n'en veux pour preuve que les expériences de Fürbringer rapportées par M. Auvard lui-même.

L'antisepsie vaginale prépartum, par contre, me semble pouvoir être plus énergique que ne le demande M. Auvard. C'est ainsi que j'ai écrit dans ce journal même que des procédés simples permettent de l'obtenir, aussi complète, aussi absolue que nos moyens actuels permettent de l'espérer. — Il se contente d'injections avec du sublimé à 1 pour 2000. Je fais faire sans crainte et sans inconvénient des injections avec 1 pour 1000, et au lieu de faire ces lavages deux fois par jour je les fais faire tous les deux jours puis tous les jours en ayant soin de laisser à demeure entre chaque injection un tampon, soit de gaze iodoformée, soit de gaze salolée. De cette façon, lors du passage du fœtus, je suis sûr de *l'asepsie* absolue du vagin.

Je recommande particulièrement à l'attention des lecteurs, je devrais dire ici encore des lectrices, les conseils ayant trait à la manière de prendre une injection. Aucun détail n'est oublié et il suffit de regarder une figure (???), p. 68, pour se rendre compte du mode opératoire. — Je ne sais si cette figure est reproduite d'après nature ou d'après une photographie, mais elle est très puissamment suggestive et le modèle a été judicieusement choisi et savoureusement placé.

Je passerai rapidement sur les conseils ayant trait aux instruments, à la composition des trousses que doit posséder l'accoucheur et surtout le gynécologiste. Il y a là quelques renseignements pratiques qui pourront rendre service.

Quant à la deuxième partie du livre où l'auteur, en quelques très courts résumés, fait l'histoire de toutes les affections qui constituent la gynécologie, on doit la considérer comme un aide-mémoire utile.

Ce livre de M. Auvard est un livre élémentaire et c est comme tel que nous devons l'apprécier. Il est écrit

sans autre prétention que celle d'être clair, précis et surtout complet, trop complet et même, nos critiques en sont une preuve. On voit qu'il parle à des élèves encore non initiés aux pratiques courantes de la gynécologie et de l'obstétrique, aussi ne leur ménage-t-il ni les détails ni les minuties. Il pourra rendre service aux commençants et à d'autres peut-être, qui auront probablement la fatuité de ne pas le lire.

F. VERCHÈRE.

Traité clinique des maladies du cœur, par le Dr P. DUROZIEZ, ancien chef de clinique à la Faculté. (Paris, G, Steinheil, 1891, 1 vol. in-8, 500 pages.)

Voilà un livre essentiellement pratique, qui montre une fois de plus que l'enseignement officiel n'a pas le monopole du savoir et qu'il est un certain nombre de praticiens que le hasard des circonstances, les relations, l'esprit n'ont pas hissés sur les parois et qui néanmoins auraient pu y occuper une place importante. M. Duroziez est un de ceux-là.

L'ouvrage de M. Duroziez n'est pas un livre banal, fait avec d'autres livres : c'est ce qu'on pourrait appeler un livre *vécu*. C'est le fruit de près de quarante années d'observation dans les hôpitaux et c'est à l'école de Bouillaud, comme chef de clinique, que M. Duroziez s'est formé : c'est dire qu'il est resté sur le terrain clinique.

L'auteur a rassemblé les mémoires nombreux sur les maladies du cœur qu'il a publiés dans les divers recueils, qu'il a présentés à l'Institut, à l'Académie de médecine.

On retrouve dans son traité les études sur le double souffle crural dans l'insuffisance aortique, sur le rétrécissement mitral pur, sur l'influence des maladies du cœur, sur la grossesse et son produit.

Il insiste sur les veines et les cavités droites, les sphincters des veines caves et des veines pulmonaires et en particulier de la veine cave inférieure (travail lu à l'Institut), le sphincter du trou ovale chez le fœtus (travail présenté à l'Institut par le professeur Bouchard), le pouls des veines pulmonaires dans l'insuffisance mitrale. les claquements veineux présystolique et systoliques, le bruit de galop veineux crural, la danse chlorotique des jugulaires, le souffle de l'insuffisance tricuspidienne souvent autochtone, le rétrécissement de la tricuspide, la phlébosclérose, aussi importante que l'astériosclérose.

Le pouls veineux doit être scruté avec autant de soin que le poul artériel; il donne l'état des cavités droites, surtout de l'oreillette droite, pièce d'échappement du cœur.

L'auteur soutient ferme que le sang va toujours en avant, jamais en arrière dans l'état normal. L'insuffisance fonctionnelle n'existe que dans l'asystolie.

L'angiosclérose est souvent la forme chronique de l'angiocardite rhumatismale. Le danger du rhumatisme articulaire aigu est plus aux vaisseaux qu'aux jointures. Les viscères sont touchés comme le cœur sans règle, les yeux, les reins, le foie, etc. La lésion oculaire annonce l'albuminurie.

L'auteur s'attache à faire la part de l'hystérie et de la chlorose dans les fausses maladies du cœur.

Il soutient le traitement de Bouillaud et de Hope par les saignées, les vésicatoires intoxicants et les mercuriaux dans le rhumatisme articulaire aigu.

Il rappelle ses travaux sur la digitale et la digitaline, en collaboration avec Quévenne, récompensés par la Faculté et l'Académie de médecine.

Il a montré les dangers de l'abus de la digitale et croit avoir été utile.

A la fin du traité, nous trouvons en 30 pages le résumé diagnostique des lésions du cœur où il condense ses idées.

La griffe du maître, de Bouillaud, est évidente; l'élève s'y est parfois soustrait et est lui-même.

Le traité clinique des maladies du cœur permettra aux élèves et aux praticiens de s'orienter dans l'étude si difficile des maladies du cœur et des vaisseaux ; c'est le but que s'est proposé M. Duroziez.

Dr A. CORLIEU.

La Dengue et la Grippe; *Etude des épidémies de* 1889 *à Smyrne*, par W. CHASSEAUD, médecin de l'hôpital Saint-Antoine à Smyrne. (O. Doin, édit., Paris.)

Le travail du Dr W. Chasseaud est divisé en deux parties.

Dans une première partie, après avoir fait l'historique et exposé le mode d'invasion et de propagation de la dengue à Smyrne, il en trace un tableau clinique qu'il termine par l'étude de sa mortalité, de sa morbidité et de ses complications.

Dans une deuxième partie, il nous présente d'abord l'historique et le mode d'invasion et de progression de la grippe à Smyrne. Puis il cherche à classer la grippe et la dengue dans deux groupes épidémiologiques différents. La dengue rentrerait dans le même groupe que le choléra, la grippe se rapprocherait de la malaria.

Certes, nous ne demanderions pas mieux que de nous laisser convaincre; nous devons avouer toutefois que les arguments du Dr W. Chasseaud ne nous paraissent pas à l'abri de toute critique. Nous n'en voulons pour preuve que la soi-disant régularité offerte par les épidémies cholériques de Smyrne et qui serait, non pas un fait local, mais universel. Que le choléra vienne tous les 17 ou 18 ans à Smyrne, nous voulons bien le croire; mais nous nous refusons à admettre que la nature même de la maladie en soit la cause. Et pourtant il serait permis de supposer que la dengue offre la même régularité.

Accepterons-nous mieux la comparaison de la grippe, pour laquelle « l'infection est le résultat d'une corruption atmosphérique », et de la malaria. La grippe est contagieuse; la malaria l'est aussi. Témoin : une épi-

démie de malaria observée à l'hôpital Saint-Antoine et d'autres faits suffisants pour entraîner la conviction de l'auteur. C'est ainsi qu'il a vu « des femmes enceintes et cachectiques sentir dans le sein leur enfant tressaillir chaque jour dans un accès de fièvre. »

Pour nous, sans vouloir nous prononcer sur l'identité et la non identité de la grippe et de la dengue, nous ne saurions, après la lecture du travail du Dr W. Chasseaud, oublier une discussion récente sur la grippe à la Société de médecine publique. Au cours de la discussion, le Dr G. Treille, un des médecins les plus autorisés de la marine française, après un court tableau de la dengue, terminait en disant : « Si maintenant nous voulons comparer ce tableau à celui de la grippe, nous voyons que la dengue n'est en somme que la grippe à forme nerveuse, et il semble bien que ce soit la même maladie. » Et le Dr Netter, qui revenait de Syrie, ne pouvant s'empêcher, en parlant des cas qu'on lui avait présentés à Beyrouth, Damas, Jaffa, Jérusalem, comme des cas de dengue, d'avouer que « s'il avait observé ces cas à Paris, il n'aurait pas hésité à porter le diagnostic grippe ».

La question d'identité ou de non identité de la grippe et de la dengue n'est donc pas encore près d'être résolue, à moins qu'on admette l'opinion humoristique du Dr Napias : ce sont deux maladies différentes qui ont les mêmes symptômes !

Dr E. Deschamps.

Congrès international d'hydrologie et de climatologie, — Compte rendu de la deuxième session. (Paris, 1889, Octave Doin, libraire-éditeur.)

Le volume élégant et soigné qui expose les travaux du Congrès international d'hydrologie et de climatologie offre pour l'année 1889 un intérêt tout à fait général par suite d'une clause spéciale introduite dans le règlement.

Le comité d'organisation, sans oublier la part qu'il devait laisser à l'initiative de chacun, avait proposé à l'étude un certain nombre de questions sur lesquelles le public médical avait intérêt à être renseigné. En traçant d'avance un programme, il évitait un écueil dans une réunion importante comme l'était ce Congrès « cet écueil redoutable à éviter, dit très bien M. de Ranse, c'est le nombre, la diversité, la spécialisation étroite des communications laissées à la seule initiative des auteurs, le défaut de rapports de ces communications entre elles, par suite l'impossibilité d'en tirer une conclusion synthétique, une notion générale propre à éclairer un point important de la science ou de la pratique hydrominérale ». On peut dire que le but d'utilité et d'intérêt a été pleinement atteint par la manière dont le comité a procédé à l'exécution de son programme. Les portions qui devaient être discutées ont en effet d'abord été de la part de savants et de médecins autorisés l'objet d'un exposé fidèle et succinct de l'état de la science. Cette étude préliminaire devait servir de base aux débats. Le programme a été divisé en deux parties, l'hydrologie et la climatologie, la première comprenant elle même l'hydrologie médicale et l'hydrologie scientifique. Toutes les études qui se rattachent à ces divisions sont en effet connexes. L'étude du traitement hydrominéral implique la connaissance d'un certain nombre de données sans lesquelles la thérapeutique marcherait en aveugle. Elle suppose connue la composition chimique des eaux, la nature des microorganismes que les eaux minérales peuvent renfermer. Puis le médecin doit faire preuve d'un certain sens clinique pour déterminer l'action thérapeutique dans telle ou telle maladie, son mode d'emploi le plus favorable, la cure hydrominérale a encore comme aide un facteur auquel elle est associée et dont l'importance n'est pas contestée, c'est le climat. Les bienfaits obtenus sont presque toujours la résultante à la fois du traitement hydrominéral et des conditions hygiéniques multiples dont les plus importantes ressortissent certainement au climat. L'altitude, l'exposition, l'état hygrométrique, la prédominance et la direction des vents sont des conditions météorologiques dont l'action est inséparable de celle de la cure thermale.

Telle a été l'idée directrice des travaux du Congrès qui donnent au présent volume une unité qu'on ne pouvait guère soupçonner, sachant la diversité et la multiplicités de sujets d'étude qui relèvent de l'hydrologie.

Chaque question proposée par le programme est devenu le point de départ de travaux où les auteurs exposent les résultats de leurs observations en ce qui touche à cette question. Sans entrer dans une analyse stérile, nous rappellerons que le Congrès a traité en hydrologie médicale des ressources que la thérapeutique thermale offre dans le traitement des maladies du cœur et des vaisseaux, dans les maladies chroniques des reins, dans les névralgies utéro-ovariennes graves, dans la tuberculose osseuse et articulaire. La question du traitement hydrominéral et des bains de mer a été exposée par M. J. Simon, tandis que le Dr De Valcourt a parlé les ressources que le traitement hydrothérapique marin pendant l'hiver peut apporter au rachitisme et à la scrofule. MM. Beni-Barbe et Sénac-Lagrange ont parle de l'action des douches locales. Une question importante est celle de l'action des eaux minérales sur la nutrition, elle a donné lieu à un certain nombre de travaux. L'hydrologie scientifique a traité un certain nombre de questions dont une des plus intéressantes et des plus actuelles est celle qui a trait à la présence des microorganismes dans les eaux minérales et à leur influence sur la composition et les propriétés de ces eaux. Cette question du programme a été remarquablement traitée par le Dr Schlemmer. Dans la troisième section, la climatologie, le lecteur trouvera des indications sur le climat de quelques-unes de nos stations thermales ou hivernales, sur le classement des stations sanitaires au point de vue de leurs conditions

climatologiques, sur l'action des climats d'altitude dans les affections de poitrine, des climats maritimes dans les affections tuberculeuses.

Le volume se termine par un rapport sur le pavillon des eaux minérales, sur l'exposition d'hygiène, sur les excursions qui ont été faites.

En résumé le volume qui renferme les travaux du Congrès marque une étape remarquable dans l'histoire du traitement hydrominéral et climatothérapique. Grâce à la collaboration de savants distingués et de médecins expérimentés qui ont pris part au Congrès, nous possédons un recueil de documents qui intéressent au plus haut degré la thérapeutique générale par la largeur de vue qui a présidé à son programme.

L. JUMON.

REVUE DE LA PRESSE

Prédisposition des obèses à l'hémorrhagie cérébrale (par H. KISCH, *Deutsche med. Zeit.*, n°. 33, 1890). — L'hémorrhagie cérébrale représente une des complications les plus communes et les plus graves de l'obésité. Cette relation pathologique n'avait pas échappé aux anciens qui l'avaient traduite par l'expression : *habitus* apoplectique. Les personnes obèses présentent en effet de bonne heure et à un degré très prononcé les lésions de l'artériosclérose avec toutes ses conséquences, la fragilité et la rigidité des parois vasculaires qui créent la prédisposition à l'hémorrhagie cérébrale. C'est que la prolifération des cellules adipeuses au voisinage immédiat de la tunique adventice des vaisseaux et même dans cette membrane exerce une influence directe sur la production des lésions scléreuses de ces vaisseaux dont l'élasticité et la contractilité diminuent. D'autres conditions aboutissent chez l'obèse au même résultat. Dans les formes acquises de l'obésité, par exemple, où cet état est la conséquence d'une alimentation hors de proportion avec la dépense corporelle, on voit la pression artérielle subir une augmentation progressive. De cette distension continue qui irrite le vaisseau, on peut déduire les lésions de l'artério-sclérose. La circulation intestinale est gênée par suite de l'accumulation des masses adipeuses dans l'abdomen, le mésentère, le grand épiploon, la capsule adipeuse des reins et la paroi abdominale. Cette gêne circulatoire a pour conséquence une élévation de la pression artérielle générale. A toutes les causes de lésions vasculaires, il faut ajouter l'abus de l'alcool assez commun chez l'obèse.

C'est cette augmentation de la pression sanguine et la rigidité des petites artères qui fait le danger de la situation, sans qu'on constate aucun symptôme du côté du cœur, et l'hémorrhagie éclate dès qu'une circonstance amène un surcroît de pression. Les plus importantes de ces causes occasionnelles sont les émotions, les excès vénériens et alcooliques, les efforts musculaires violents, les efforts de défécation, un éternuement, un cri.

Dans beaucoup de cas, surtout dans l'obésité acquise, l'hémorrhagie cérébrale est la conséquence d'une hyperémie cérébrale persistante en dehors de l'artériosclérose qui peut être faible. Les patients disent qu'ils ont le sang porté à la tête, ils éprouvent des vertiges, des bruissements d'oreille, voient des étincelles, ont des épistaxis, ils sont excitables et dorment mal. Kisch pense que ces phénomènes ne dépendent pas toujours d'une simple pléthore, mais quelquefois aussi d'une augmentation considérable de l'hémoglobine du sang.

L'hérédité de l'hémorrhagie cérébrale chez les obèses joue un rôle très important, et cette complication se présente au même âge auquel elle s'est présentée chez les ascendants.

On doit redouter cette complication chez les obèses à l'aspect pléthorique et alors même que les patients ne se sentent pas malades, lorsque les selles deviennent lentes et irrégulières, que l'abdomen est tendu après chaque repas, suivi d'une sensation de lourdeur et d'une tendance au sommeil, lorsque le visage s'anime à la moindre impression, que les extrémités sont froides et deviennent le siège d'engourdissement, de fourmillements, que les patients sont pris de vertige, de bourdonnements d'oreilles, que le sommeil est interrompu par des cauchemars, lorsque, enfin, les artères périphériques sont sinueuses, que le pouls est dur, tendu, rapide, que le choc du cœur est plus violent et que le deuxième bruit aortique est renforcé. Parfois c'est la gêne des mouvements de la langue, une difficulté de mouvoir un membre, une aphasie brusque, mais légère et temporaire, une parésie des muscles de l'œil et de la face, qui annoncent une prochaine attaque.

L'obèse qui n'oppose qu'une faible résistance aux causes pathologiques, ne résiste pas mieux à l'hémorrhagie cérébrale. Sur 38 cas d'obésité suivis d'autopsie, Kisch a relevé 15 cas dans lesquels l'hémorrhagie cérébrale a été la cause de la mort, 9 fois la mort fut subite.

Que faire pour combattre cette prédisposition? En dehors du régime général auquel doit se soumettre l'obèse, l'usage des purgatifs est ici particulièrement indiqué. Des mouvements intestinaux plus réguliers suppriment des obstacles mécaniques à la circulation, l'excitation intestinale produit la dilatation des vaisseaux abdominaux et une diminution de la pression artérielle; les purgatifs constituent donc un moyen de combattre l'hyperémie cérébrale.

Enfin l'auteur recommande surtout une cure thermale. L'action de l'eau minérale n'est pas la seule dont on doive tenir compte, il y a aussi un régime sévère qui est ici d'autant mieux supporté que l'exemple d'autres patients fait facilement supporter les privations. Les eaux magnésiennes froides comme celles de Marienbad et de Tarasp viennent en première ligne dans le traitement de la forme pléthorique de l'obésité.

Toutefois lorsque l'artériosclérose qui accompagne l'obésité a atteint un degré considérable et que les troubles de la rupture de compensation sont très accusés, Kisch regarde les eaux froides magnésiennes comme contre-indiquées, car, par suite de l'accommodation insuffisante des vaisseaux, l'excitation causée par l'acide carbonique et par le froid n'est plus supportée par les malades et peut donner lieu à des états congestifs dangereux. C'est dans ces cas également qu'il faut déconseiller les eaux alcalino-salines, car leur usage produit une augmentation très notable de la pression artérielle.

L. JUMON.

Incompatibilité de la teinture de mars tartarisée et de la teinture de noix vomique. — Les médecins prescrivent quelquefois un mélange à parties égales de teinture de noix vomique et de teinture de mars tartarisée, à prendre par gouttes. Nous extrayons de *l'Année médicale* de Caen, une note dans laquelle M. GROMOND, professeur suppléant à l'école de médecine et de pharmacie de cette ville, montre l'incompatibilité de ces deux médicaments.

Si l'on opère le mélange, les deux liquides se séparent au bout de quelques instants, et il se forme deux couches : une couche supérieure, surnageant la précédente, par conséquent moins dense, de couleur un peu plus foncée que la teinture de noix vomique. Cette couche supérieure est fortement alcoolique et est presque entièrement composée par la teinture de noix vomique contenant en solution une quantité faible de tartrate de fer.

La couche inférieure représente le sixième de la masse totale ; c'est une solution aqueuse très concentrée de tartrates divers qui entrent dans la formule de la teinture de mars tartarisée ; sa densité varie de 1,34 à 1,40. A la surface de contact des deux liquides, on remarque un louche, un léger dépôt blanchâtre, analogue à celui qu'on obtient en étendant d'eau la teinture de noix vomique.

La teinture de noix vomique est un liquide alcoolique ; la teinture de mars tartarisée n'est pas une teinture à proprement parler, mais plutôt une solution aqueuse de tartatre de fer et de potasse à laquelle on a ajouté quelques grammes d'alcool pour la conservation du produit.

Lorsqu'on mélange la teinture de noix vomique et la teinture de mars tartarisée, l'eau de la solution de tartrate de fer étend d'abord la teinture de noix vomique et donne le dépôt signalé plus haut au point du contact des deux liquides ; d'autre part, la solution de tartrate de fer se concentre et se sépare sous forme d'un liquide épais, dense.

Cette concentration de la solution de tartrate de fer est évidente ; en effet, l'on a vu ci-dessus que la densité de la couche inférieure était de 1,34 à 1,40 et l'on sait que la solution de tartrate pur marque 1 28. Ce médicament peut donc être délivré par le pharmacien de deux façons différentes : ou bien on laisse déposer le produit et on ne délivre que la partie supérieure, c'est-à-dire la teinture de noix vomique, ou bien on donne le mélange des deux couches qui constitue une masse boueuse se séparant d'elle-même quand elle est abandonnée au repos.

Dans les deux cas, il arrive donc presque toujours que le malade absorbe une dose de teinture de noix vomique double de celle prescrite, et, à la fin du flacon, de la teinture de mars tartarisée concentrée presque pure.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 novembre 1890. — Prés. de M. MOUTARD-MARTIN.

La CORRESPONDANCE comprend 1° une lettre de M. LANDOUZY qui se porte candidat à la place déclarée vacante dans la section de pathologie médicale ; 2° une lettre de M. le Dr LAZERAT qui prie l'Académie d'accepter le dépôt d'un pli cacheté relatif au traitement de la tuberculose ; 3° une lettre de M. le Dr DRZEWIECKI (de Varsovie) sur le traitement de la tuberculose.

Rapport de prix. — M. OLIVIER lit le rapport sur le concours du prix Godard.

M. VIDAL lit le rapport sur le concours du prix de l'Académie.

M. POTAIN lit le rapport sur le concours du prix Lefebvre.

Les conclusions de ces rapports seront lues en comité secret.

Des causes du faible accroissement de la population en France. — M. HARDY. Il est un point sur lequel tout le monde est d'accord, c'est que la population ne croît pas en France aussi rapidement que dans les autres pays de l'Europe ; le désaccord apparaît dès qu'on recherche les causes et surtout les remèdes à ce faible accroissement de la population. Pour ma part, je crois à l'influence de la race, de l'habitude, du bien-être et du degré plus avancé de la civilisation, j'admets encore l'abandon de la campagne par les paysans, enfin la décroissance des idées morales et religieuses.

La Suisse est un pays dans lequel on rencontre surtout trois races très différentes : la race française, la race allemande et la race italienne, qui sont régies par des lois à peu près analogues et qui se comportent très différemment relativement à la population. Dans les cantons français, la population croît encore moins rapidement que chez nous, par exemple à Genève et à Fribourg. Il en est tout autrement dans les villes allemandes, par exemple à Berne et à Saint-Gall.

En Belgique de même, dans les pays wallons voisins de la France, la population croît beaucoup moins vite que dans les pays flamands, voisins de la Hollande.

Il y a déjà longtemps que la natalité en France est moins considérable que dans les autres pays. C'est donc bien chez nous une question de race et de civilisation. En France c'est dans les départements les moins avancés et les moins riches que la population croît le plus vite, par exemple en Bretagne, en Vendée, en Auvergne. On pourrait, il est vrai, m'objecter l'exemple du Nord et du Pas-de-Calais qui sont

des départements riches et où cependant la population s'accroît assez vite, mais dans ces départements il y a beaucoup de Belges, et d'autre part les idées religieuses y ont conservé une influence beaucoup plus grande que dans beaucoup d'autres départements.

Les moyens à opposer à cette diminution de notre natalité sont de plusieurs ordres. M. Lagneau propose de faciliter le mariage en permettant aux jeunes filles de se marier avant l'âge de 21 ans sans le consentement de leurs parents. Avant l'âge de 21 ans, une fille élevée comme le sont les nôtres n'a pas l'expérience suffisante pour bien choisir un mari.

M. Le Fort demande qu'on autorise en France la recherche de la paternité comme cela se fait en Angleterre, mais la loi française nous paraît plus morale et protège le faible, le naïf que l'on ferait payer pour des gens plus habiles et plus expérimentés.

M. Javal et M. Le Fort demandent que l'on modifie le Code civil au point de vue des successions Je verrais avec un regret énorme détruire cette loi de succession, le partage égal entre les enfants, qui est une des plus heureuses conséquences des principes de 1789.

M. Javal croit que la restriction volontaire est la plus importante des causes de l'affaiblissement de la natalité. Je me demande comment M. Javal est arrivé à cette conclusion; ce n'est probablement pas en consultant les statistiques officielles.

En Belgique, en Hollande, en Italie, dans une partie de la Suisse, les lois de successions sont à peu près les mêmes qu'en France et cependant la natalité est prospère dans ces pays. En Hongrie, au contraire, où il y a la liberté de tester, la natalité est encore moins élevée qu'en France.

Après cette discussion très juridique, je ne m'étendrai pas sur l'impôt sur les célibataires proposé par M. Lagneau. Il y a une foule de gens qui ont bien raison de ne pas se marier, et en France, où il y a déjà le service militaire obligatoire et l'instruction obligatoire, je verrais avec regret établir le mariage obligatoire et la paternité obligatoire.

Ce n'est pas aux lois qu'il faut s'en prendre et ne proposons pas de modifications législatives qui pourraient avoir de nombreux inconvénients.

Les mesures propres à diminuer la mortalité sont beaucoup plus de notre ressort; mais cela n'augmentera pas beaucoup notre population. Il ne faut pas, d'autre part, s'exagérer l'influence du faible accroissement de notre population. Les causes qui agissent chez nous peuvent agir également dans d'autres pays. La vogue ne sera peut-être pas toujours aux armées permanentes.

M. Javal. — M. Hardy, dans plusieurs points de son discours, nous a montré que dans les pays catholiques la natalité était plus forte que dans les autres (je ne discute pas cette assertion), il pense que les influences des idées religieuses, des prêtres qui disent : croissez et multipliez, est très grande. Cela montre donc, contrairement à ce qu'avait dit autrefois M. Hardy, que la volonté joue un très grand rôle dans la restriction de la natalité. C'est la seule remarque que je veuille faire aujourd'hui.

La discussion sur ce sujet est renvoyée à la prochaine séance.

A cinq heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Terrier sur les candidats dans la section de pathologie chirurgicale. La commission présente les candidats dans l'ordre suivant : en 1re ligne, M. Terrier; en 2e ligne, M. Berger; en 3e ligne, M. Nicaise; en 4e ligne, M. Horteloup; en 5e ligne, M. Terrillon; en 6e ligne, M. Reclus.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 novembre 1890. — Présidence de M. Nicaise

Fistule rectovaginale. — M. Bazy expose un procédé de dédoublement de la cloison rectovaginale pour la cure de la fistule rectovaginale. Ce procédé lui a réussi sur une malade dont la fistule avait 1 centimètre de diamètre. Après avoir créé deux orifices par le dédoublement, M. Bazy, par deux incisions latérales, créa un lambeau vaginal qu'il releva et put ainsi obturer les deux orifices séparément. La malade a parfaitement guéri.

Hystérectomie abdominale — M. Terrier donne la statistique des hystérectomies pratiquées dans son service de Bichat depuis l'année 1883. Il faut les diviser en 2 classes : celles traitées par le pédicule dehors, qui sont au nombre de 38 avec 23 guérisons et 15 morts, soit 39 0/0 de mortalité, et celles avec le pédicule réduit qui sont au nombre de 8 avec 4 morts. Ces chiffres n'encouragent pas à adopter ce nouveau procédé et ce qui fait le danger de cette manière de faire, c'est la muqueuse utérine infectée qu'il est très difficile de rendre inoffensive.

De 1887 à 1890, la mortalité par hystérectomie avec pédicule extra-péritonéal est devenue moindre, ce qui prouve que les procédés se sont perfectionnés; mais elle est encore bien au-dessus de 10 0/0, chiffre qu'elle acquiert dans l'ovariotomie. A côté de ces traitements du pédicule, il faut encore citer l'énucléation de la tumeur intestinale avec fixation de la poche à la paroi abdominale.

Résection de la tête du fémur dans un cas de luxation de la hanche. — M. Nélaton fait un rapport sur un travail qui a été adressé par M. Ricard à la Société sur ce sujet.

Il s'agit d'un malade ayant une luxation depuis huit mois. M. Ricard réséqua la tête fémorale, refoula la capsule, refit une cavité et plaça l'extrémité réséquée dans le nouveau cotyle. Le succès fut très beau. Le résultat obtenu est beaucoup supérieur à celui d'une résection ordinaire. M. Nélaton estime qu'il faudra désormais avoir recours à une opération semblable dans les cas de luxation irréductible de la hanche. Les causes d'irréductibilité sont toujours les mêmes : l'interposition de la capsule et le raccourcissement des muscles; M. Nélaton, dans les trois opérations qu'il a vues, les a retrouvées trois fois. La capsule se tend comme une corde devant le cotyle, y adhère et le ferme. L'arthrotomie est impuissante à vaincre cet obstacle, car c'est en avant qu'est l'obstacle et la tête fémorale sépare le bistouri de la partie antérieure de l'articulation. De plus les fessiers et les adducteurs se trouvent relâchés par la luxation. Ils se raccourcissent, se fixent dans leurs nouvelles positions et aucune traction ne peut les allonger. La simple incision de l'arthrotomie ne touchant ni aux fessiers ni aux adducteurs est encore impuissante.

M. Ricard lève ces obstacles de la façon suivante : Il mène les muscles sur la tête luxée, la fait sauter, puis détache la capsule, la repousse en avant et déblaie la cavité cotyloïde qui peut désormais recevoir l'extrémité section-

née. La résection, raccourcissant le fémur de 3 centimètres, a triomphé du resserrement des fémurs.

Cette manière de faire est supérieure à la résection simple dans laquelle le raccourcissement se prononce de plus en plus.

Le procédé employé par M. Ricard n'avait pas encore été pratiqué pour les luxations traumatiques.

M. Lucas Championnière pense que M. Ricard a appliqué un principe général, celui de faire ce qui est nécessaire pour obtenir la réduction. La nature fait le plus souvent le reste donnant tantôt des mouvements étendus tantôt des semi-ankyloses. M. Ricard a eu raison de n'enlever que la tête se réservant ainsi de pouvoir y revenir si cette section n'avait pas suffi. M. Lucas Championnière se demande quelle est la différence qu'il y a entre cette opération et la résection ordinaire. Pour lui, M. Ricard a sagement conduit son opération sans pouvoir fixer par avance les limites de son intervention.

M. Quenu a été aux prises avec les mêmes difficultés que M. Ricard et est de l'avis de M. Nélaton. Il pense que ce qu'il y a d'original dans l'opération citée, c'est la possibilité de limiter l'ascension du fémur Pour sa part il a fait la résection pure et simple, son malade a eu du raccourcissement et ce qu'il fallait, c'était creuser la cavité cotyloïde comme l'a fait M. Ricard.

M. Terrier s'élève contre cette idée émise par M. Nélaton que même quand la tête après section des brides pouvait être remise dans la cavité, il vaudrait mieux faire la résection à cause de l'ankylose. Il ne voit pas pourquoi elle se produirait.

M. Nélaton a dit qu'il ne faudrait pas remettre la tête dans sa cavité parce qu'il faudrait recreuser cette cavité et que l'ankylose est inévitable dans ces circonstances, si on en juge par ce qui se passe au coude. Il a été très séduit par le résultat obtenu par M. Ricard et il ne désirerait pas mieux. Il n'est pas indifférent de sectionner plus ou moins de fémur comme l'a dit M. Championnière, ce qu'il faut, c'est arriver exactement à mettre la partie sectionnée dans la cavité.

Sarcomes de l'utérus. — M. Terrillon croit qu'il est possible d'arriver aujourd'hui à un diagnostic plus précis de cette affection si délicate à déceler. Il a soigné 14 sarcomes dont 3 cas pédiculés et dont 3 cas de sarcomes kystiques.

Le sarcome se développe soit par la muqueuse, soit par la musculaire. Il y a agrandissement de la cavité utérine. Dans la forme muqueuse il y a deux variétés : ou cette membrane se mamelonne, ou bien elle s'ulcère. Quand il y a ulcération, il y a hydrorrhée et même des hémorrhagies qui peuvent s'arrêter après un curettage.

Dans le sarcome interstitiel, le muscle est atteint dans toute son épaisseur. Il augmente considérablement le volume de la matrice. La cavité est augmentée; mais pas autant que dans la forme muqueuse On trouve dans les tissus néoplasiques des fibres musculaires, ce qui fait croire que dans certains cas le sarcome n'est qu'une transformation du fibrome.

On rencontre encore une autre forme dans laquelle le sarcome n'envahit l'utérus que par places. Quelquefois ces sarcomes peuvent se pédiculiser, devenir sous-péritonéaux; mais il ne suffit pas de sectionner le pédicule, car il existe des éléments sarcomateux au niveau de l'insertion du pédicule sur le tissu utérin.

Les sarcomes peuvent aussi présenter la forme kystique.

Les sarcomes se rencontrent chez des femmes de 30 à 50 ans et chez celles qui n'ont pas eu d'enfants. Ce sont des tumeurs à développement rapide qui, au début, n'entachent pas l'état général; mais au bout de quelques mois la cachexie commence et augmente très vite.

Résection du maxillaire supérieur. — M. Berger présente une malade à laquelle il a fait la résection du maxillaire supérieur pour ostéosarcome. Le plancher de l'orbite fut conservé. Ce qu'il y a de particulier, c'est le peu de déformation qui se produit quand on enlève l'appareil prothétique. C'est à peine si on saisit une différence avec le côté opposé. M. Berger juge par ce fait même que la prothèse immédiate en faveur à Lyon doit être le plus souvent inutile.

Eug. Rochard.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 14 novembre 1890. — Présidence de M. Dumontpallier.

Sur un cas de myxœdème amélioré par la greffe thyroïdienne. — M. Merklen présente une malade atteinte de myxœdème à laquelle M. Walther a pratiqué la greffe thyroïdienne sous-cutanée et dont voici l'histoire :

B..., âgée de quarante et un ans, haute de 1 m. 27, est atteinte de myxœdème depuis dix ans. Son intelligence est suffisante, sa fontanelle antérieure fermée; mais, depuis très longtemps, elle est sujette à des pertes de sang qui durent plusieurs mois consécutifs; de plus, elle a parfois des épistaxis et ses gencives sont facilement saignantes. Ces hémorrhagies entraînent régulièrement une augmentation des symptômes du myxœdème et quand elles cessent l'infiltration des téguments diminue sans jamais disparaître. La greffe thyroïdienne a été pratiquée dans la région sous-mammaire droite avec un des lobes de la glande thyroïde d'un mouton, prise chez l'animal vivant au moment même de l'opération. L'opération a été pratiquée avec une asepsie parfaite mais sans le secours des antiseptiques.

Les suites ont été des plus simples, la réunion de la plaie s'est faite par première intention. Les métrorrhagies ont cessé trois jours après la greffe thyroïdienne; elles ne se sont pas reproduites depuis et l'opération remonte maintenant à soixante-douze jours. La santé générale de la malade a été naturellement très améliorée par la suppression des hémorrhagies. La bouffissure de la face a un peu diminué, les masses pseudo-lipomateuses des régions sus-claviculaires se sont affaissées d'une manière sensible; l'infiltration des régions mammaires est moins prononcée. La parole, qui était traînante et embarrassée, est devenue nette et la marche est plus facile.

Il est vrai qu'à plusieurs reprises, la malade a été dans une situation aussi satisfaisante que la situation actuelle, quand elle passait plusieurs mois sans métrorrhagies.

Le traitement a donc eu un seul résultat certain, celui de faire cesser les pertes et cela est d'autant plus intéressant que le même bénéfice a déjà été obtenu dans un cas semblable de MM. Bettencourt et Serrano.

Comment interpréter ce résultat? Des recherches de Horsley, d'Albertoni, etc., il résulte que la glande thyroïde joue un rôle important dans l'hématopoïèse, d'où peut-être

les hémorrhagies et l'anémie que l'on observe dans le myxœdème avec atrophie de la glande thyroïde.

Dans le cas actuel, le nombre des globules rouges s'est élevé après la greffe de 2.235.100 à 3.103.100, la richesse globulaire de 0.50 à 0.55; il faut noter, en outre, qu'avant l'opération le sang était fibrineux, fait déjà signalé par M. Hayem dans les maladies hémorrhagiques.

L'urine, toujours rare, contenait de 2 à 4 grammes d'urée par jour; elle en renferme maintenant 5 grammes. Somme toute, la situation s'est améliorée, l'anémie a diminué, les hémorrhagies ont cessé.

Il est donc permis de dire que l'opération, d'ailleurs inoffensive, qui lui a été faite, n'a pas été sans efficacité et si les pertes venaient à reparaître, on serait autorisé à pratiquer une seconde greffe.

Reste une question non encore résolue. La glande thyroïde transplantée se résorbera t-elle ou est-elle greffée dans le vrai sens du mot? Dans le premier cas, les accidents ne tarderont sans doute pas à reparaître, mais jusqu'à présent, rien ne permet de dire qu'on n'a pas obtenu une greffe véritable.

M. Joffroy. Comme l'a fait remarquer M. Merklen, la greffe thyroïdienne n'a eu chez sa malade qu'un seul avantage, la suppression des métrorrhagies; quant au myxœdème proprement dit, il n'a nullement été influencé par l'opération.

M. Merklen. Il est vrai que l'infiltration myxœdémateuse n'a pas sensiblement diminué depuis la greffe, mais plusieurs des accidents dont s'accompagne cette infiltration ont été heureusement modifiés : la marche et la parole en particulier sont aujourd'hui beaucoup plus faciles; les pertes utérines ont en outre complètement cessé. Donc, l'opération a été réellement utile à la malade et elle doit être conseillée dans les cas semblables.

Péritonite à pneumocoques. — M. Galliard communique un cas de péritonite à pneumocoques, chez une jeune fille de 12 ans, entrée le 1er août dernier dans le service de M. Galliard, à l'hôpital Trousseau. Née de parents bien portants, elle présente comme antécédents personnels une fluxion de poitrine à 3 ans, une rougeole, des bronchites fréquentes, un coup de pied reçu dans le ventre il y a un an, un écoulement vulvo-vaginal consécutif à un viol; enfin elle éprouve de temps en temps des coliques. Six jours avant son entrée à l'hôpital, elle a ressenti dans le flanc gauche une douleur vive qui n'a pas tardé à irradier dans tout l'abdomen. Depuis elle a eu quelques vomissements et une épistaxis. Au moment de son entrée dans le service, on a pensé à la dothiénenterie, d'autant plus que l'ensemble des phénomènes indiquait un état typhoïde au début : M. Galliard prescrivit des lotions vinaigrées, des lavements froids et l'usage de la quinine. Les jours suivants, la température abaissée oscilla autour de 38°, mais le ventre restait douloureux à la pression, sans voussure ni saillie prédominante en aucune région; on notait plutôt une légère submatité coïncidant avec un ballonnement général, on porta dès lors le diagnostic de péritonite avec fausses membranes, sans rien préjuger de l'origine de la maladie. Le traitement devint purement symptomatique : onctions chloroformées et belladonées, cataplasmes sur le ventre.

Le diagnostic s'affirme de plus en plus dans le sens d'une péritonite. La matité, plus accusée à la partie inférieure du ventre, indique un commencement d'ascite.

Bientôt la fluctuation ascitique est perçue dans tout l'abdomen. On note un frottement et un frémissement péricardiques à la base du cœur; enfin la malade présente des signes de pleurésie sèche. L'état général est peu satisfaisant; pas d'albuminurie ni d'œdème des membres inférieurs.

Le 25 août. L'épanchement abdominal est devenu tel, qu'une intervention devient nécessaire. M. Jalaguier, pensant que peut-être il existe une corrélation entre la péritonite et l'affection vulvo-vaginale, pratique la laparotomie, et tombe dans un vaste foyer purulent limité par l'épiploon et les anses intestinales adhérentes, sans communication avec le reste de l'abdomen. Des irrigations très abondantes sont faites avec l'eau boriquée.

Cependant la malade succomba le 31 août.

A l'autopsie on trouva un second abcès au-dessus du foie et une collection purulente péri splénique qui n'avaient pas été ouverts. Il n'existait aucune lésion de l'appendice cæcal, aucune trace de tuberculose péritonéale, ni pulmonaire. Dans le péricarde existait un épanchement séreux, sans tubercules. L'examen du pus, pratiqué par M. Netter, y fit constater la présence de nombreux pneumocoques qui avaient rempli le rôle d'éléments pathogènes. Mais la porte d'entrée de ces germes ne put être découverte. L'affection vulvo-vaginale était restée étrangère à la péritonite, car s'il en eût été autrement, on au ait découvert dans le pus des gonocoques et non des pneumocoques.

SOCIÉTÉ CLINIQUE DE PARIS

Séance du 12 juin 1890. — Présidence de M. le Professeur Hayem.

Le procès-verbal de la dernière séance est lu et adopté.

M. Lesage lit une observation d'anasarque chez un enfant de 4 mois. (V. *France méd.*, n° 46, p. 721.)

M. Galliard fait une communication sur quelques cas de rubéole. (V. ci-dessus, p. 742.)

M. Netter. — Je demanderai à M. Galliard dans quel quartier il a observé ces faits. Comme il en a été signalé récemment par plusieurs observateurs, il serait intéressant de savoir si l'on peut attribuer à cet ensemble de cas, à cette épidémie, une topographie particulière présidant à la dissémination.

M. Galliard. — Mes malades habitaient le IXe arrondissement.

M. Netter. — Il semble que M. Juhel-Rénoy ait observé dans le même rayon. J'ai moi-même vu deux cas dans le Xe arrondissement; chez l'un des malades il y eut des engorgements ganglionnaires très marqués et durables, comme dans les faits de MM. Juhel-Rénoy et Talamon.

M. Galliard. — La dissémination par l'Ecole, ou plus spécialement par les voitures de l'Ecole a été fort possible dans les faits que j'ai rapportés.

M. Hayem. — Il ne semble pas qu'on ait fait jusqu'ici des recherches bactériologiques sur cette maladie, qui cependant se comporte comme une maladie infectieuse. En tout cas, elle offre uniformément un caractère de bénignité.

M. Liandier. — J'ai eu l'occasion de soigner une malade nourrissant un enfant de six mois, et qui présenta un érythème morbilliforme généralisé, rappelant la rougeole, mais sans fièvre et sans phénomènes de catarrhe. En deux jours l'éruption était disparue. L'enfant ne fut pas séparé de sa mère et ne présenta aucun accident. Ce cas ne peut appartenir à la rougeole et d'autre part ne reproduit pas les caractères mixtes attribués à la rubéole; il confirme la complexité des faits intermédiaires.

M. Hayem présente quelques remarques au sujet d'un travail de M. le Dr Orion, ayant trait à des recherches hématologiques comme moyen diagnostique dans diverses maladies aiguës. Cet observateur a confirmé d'une manière générale les recherches antérieures de M. Hayem, et ses résultats montrent une fois de plus quel parti l'on peut tirer de ces modes d'investigation dans les études cliniques.

Dans la grippe, M. Orion a trouvé pour les examens de sang le type phlegmasique atténué.

Dans plusieurs cas d'embarras gastrique fébrile, intervenant chez de jeunes soldats surmenés et s'accompagnant d'une sorte d'état typhoïde, la constatation des signes propres au sang phlegmasique a permis d'écarter le diagnostic de dothiénentérie et de pronostiquer une guérison rapide.

Dans la tuberculose aiguë, l'auteur a noté une légère augmentation du réticulum fibrineux, et une faible leucocythose. Du reste, le type phlegmasique, dans la tuberculose aiguë, s'accentue en proportion des complications inflammatoires associées.

A propos des bronchites, M. Orion a fait encore une remarque intéressante. Dans le catarrhe aigu primitif des bronches, les examens du sang montrent le type phlegmasique franc alors que ce caractère manque au contraire dans la bronchite spécifique qui accompagne la dothiénentérie.

Enfin, les pneumonies sont classées en trois variétés: *a*. franche, avec type phlegmasique très pur; *b*. grippale, avec type phlegmasique atténué; *c*. enfin typhoïde avec absence de semblable caractère.

Les secrétaires des séances,

Besançon, Girode,

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VIIe ARRONDISSEMENT

Séance du 29 juillet 1890. — *Présidence de* M. Hallé.

M. Le Bec fait une communication intitulée : « Cure radicale des tumeurs fibro-cystiques et traitement des tumeurs fibreuses utérines par la méthode d'Apostoli. »

M. Berrut s'est demandé quel pouvait être le mécanisme de la production des géodes. Par excès de vascularisation, il se fait un véritable œdème du fibrome (œdème décrit par Cruveilhier), qui peut-être en est la cause Par suite de la compression exercée par l'œdème et qui empêche le sang d'arriver au fibrome, il peut se produire de la gangrène.

Dans les résultats obtenus par M. Le Bec, il n'est pas démontré que la ponction seule ne soit pas cause des phénomènes ultérieurs, plutôt que l'électricité.

M. Le Bec n'a pas cherché dans sa communication à établir le mode de production des tumeurs; il les a envisagées telles qu'elles se présentent en clinique.

On ne sait rien relativement à l'évolution; certains fibromes ont des géodes dont le point de départ semble être dans les espaces lymphatiques.

M. Berrut a vu des cas d'élimination spontanée semblables à ceux donnés par l'électricité. M. Le Bec a-t-il constaté une diminution de volume dans les fibromes purs!

M. Le Bec. Les malades accusaient du moins une sensation de mieux-être; la tumeur leur semblait moins pesante.

M. Hallé demande en combien de temps se fait la diminution des tumeurs kystiques.

M. Le Bec. En 2 ou 3 jours, et le pus reste fétide tant qu'il sort des morceaux de sphacèle.

Pour le Secrétaire,
Dr de Crésantignes.

NOUVELLES

Faculté de médecine de Paris. — *Concours du clinicat chirurgical.* Le Jury, pour ce concours, est ainsi constitué : MM. Panas, président ; Tarnier, Le Dentu, Tillaux.

Le candidat est M. Lyot : composition écrite : gaines synoviales du poignet et de la main, kystes synoviaux du poignet et de la main.

Les autres épreuves auront lieu jeudi à neuf heures, à l'Hôtel-Dieu.

Clinique nationale ophthalmologique des Quinze-Vingts. — Concours pour les emplois d'aides de clinique. — Un concours, pour l'admissibilité aux emplois d'aides de clinique à la clinique ophthalmologique annexée à l'hospice national des Quinze-Vingts, aura lieu dans les premiers jours de février 1891. La date exacte d'ouverture de ce concours sera annoncée ultérieurement.

Les opérations du concours auront lieu dans une des salles de la clinique nationale.

Les candidats, pour être admis à y prendre part, doivent être de nationalité française et avoir pris au moins douze inscriptions à l'une des Facultés de médecine de l'État; sont, en outre, autorisés à concourir, les docteurs en médecine.

Les candidats, pouvant justifier de leur qualité de docteur en médecine, doivent, pour concourir, être âgés de moins de trente-cinq ans, le jour de l'ouverture du concours : ceux qui n'ont pas leur diplôme ne peuvent se présenter que s'ils ont moins de trente ans.

Toute demande en autorisation de concourir devra être

déposée au secrétariat de l'hospice national, le samedi 3 janvier, au plus tard.

Cette demande sera accompagnée :

1° De l'acte de naissance du postulant ou d'une copie certifiée de ses lettres de naturalisation ;

2° De son diplôme, s'il est docteur;

3° De ses titres et états de services ainsi que des travaux scientifiques dont il serait l'auteur;

4° D'un certificat de bonnes vie et mœurs.

Les candidats ayant obtenu le nombre de points exigé pour être déclarés admissibles aux emplois d'aides de clinique seront classés par le jury d'après le mérite de leurs examens. Ils seront nommés au fur et à mesure des vacances dans l'ordre de leur classement.

Toutefois, ils devraient concourir de nouveau s'ils n'avaient pas été pourvus d'un emploi d'aide de clinique dans le délai de quatre ans à compter de la date du concours.

Les épreuves sont au nombre de trois :

1° Un examen des titres et travaux scientifiques des candidats. Cet examen sera fait par le jury et le nombre de points attribués aux candidats sera porté à leur connaissance avant l'ouverture des épreuves orales;

2° Une question orale sur un sujet quelconque de pathologie. Il sera accordé cinq minutes de réflexion et dix minutes pour l'exposition;

3° Une question orale sur un sujet de pathologie spéciale oculaire. Il sera accordé cinq minutes de réflexion et dix minutes pour l'exposition.

Pour chacune des épreuves le nombre de points à attribuer aux candidats est déterminé d'après l'échelle suivante :

0 nul; 1 et 2 très mal; 3, 4 et 5 mal; 6. 7 et 8 médiocre; 9, 10 et 11 passable; 12, 13 et 14 assez bien; 15, 16 et 17 bien; 18 et 19 très bien; 20 parfait.

Toute épreuve, autre que l'épreuve sur titres, dont la note est inférieure à 9, entraîne la non-admissibilité du candidat.

Corps de santé de la marine (activité). — *Au grade de médecin en chef* : M. le médecin principal Bonnafy.

Au grade de médecin en chef de 2e classe : M. Grall.

Au grade de médecin principal : les médecins de 1re classe: Frison, Caradec, Maurin, Boissade, Prunet et Clarac.

Au grade de médecin de 1re classe : MM, Guérin, Mondon, Rousselot Benaud, Renaud, Crossouard et Marchoux

Corps de santé des colonies. — *Au grade de médecin de 2e classe* : MM. Cailliot, Neirit, Devaux, Logerais, Vincent, Quennec et Pierre.

Académie de médecine. — M. Meillère, licencié ès sciences, pharmacien en chef de l'hôpital Tenon, est nommé pour un an, chef des travaux chimiques de l'Académie de médecine.

Nomination. — M. le Dr E. Ménière, médecin-auriste du Dispensaire Furtado-Heine et de la compagnie Paris-Lyon-Méditerranée, vient d'être nommé médecin-auriste de la Grande-Chancellerie de la Légion d'honneur et médecin-adjoint de l'Institution nationale des sourds-muets de Paris.

Nous sommes très heureux d'annoncer l'entrée de notre ami, le Dr Emile Ménière, dans cette institution nationale des sourds-muets dont son père, le Dr P. Ménière fut médecin en chef après Itard, de 1838 à 1862, et où il a illustré son nom.

Conseils généraux. — M. le Dr Eymery vient d'être élu, dimanche dernier, conseiller général du canton de Monpont (Dordogne).

Le Dr Koch. — Parmi les dépêches de félicitations adressées au Dr Koch, à propos de la communication sur le traitement de la tuberculose, on trouve la suivante :

« Au Dr R. Koch, à Berlin.

« M. Pasteur et les chefs de service de l'Institut Pasteur « adressent à Rob, Koch toutes leurs félicitations pour sa « grande découverte.

« Pasteur »

Ecole dentaire. — Le conseil général de la Seine vient d'accorder une subvention de 500 fr. à l'école dentaire de France.

Sanatorium. — Le sanatorium de Vernet-les-Bains (Pyrénées-Orientales) destiné au traitement hygiénique des tuberculeux, a été inauguré le mois dernier. Il est placé sous la direction de M. le Dr Sabourin, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Encore le martyrologe de la psychiatrie. — Huit jours après l'accident arrivé à notre distingué confrère M. Ritti, et dont nous parlions dans un de nos derniers numéros, M. le Dr Mordret, médecin en chef de l'asile d'aliénés du Mans, a été frappé à sa visite du matin, par un aliéné, de deux coups de tranchet de cordonnier bien emmanché; 2 à 3 centimètres de fer dans les muscles du dos et externes de la cuisse. Heureusement aucun organe important n'a été touché, et, après quatre jours de repos, notre confrère a pu reprendre son service.

Quant à l'aliéné, auteur de l'agression, c'était un malade fort tranquille, un peu sombre depuis une dizaine de jours; il était, sans qu'on le sût, obsédé par la pensée de faire un acte qui obligeât à le traduire en cour d'assises; il n'a rien trouvé de mieux, pour cela, que de frapper son médecin de deux coups de tranchet.

Ce nouveau fait prouve une fois de plus que les médecins aliénistes courent, journellement, de grands périls, dans l exercice de leur délicate profession.

Nécrologie. — M. Chollet (Jules César), officier de santé à Villedommange (Marne), décédé à l'âge de 58 ans. — Le Dr Bélot (L. A.), du Havre, reçu en 1855.

DYSPEPSIES. – *Vin de Chassaing.*—Pepsine et Diastase.

ALIMENT DES ENFANTS. – Phosphatine Falières.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

L'ELIXIR ET PILULES GREZ chlorhydro-pepsiques (amers et ferments digestifs). — Dyspepsies, anorexie, vomissements de la grossesse.

PHTHISIE, BRONCHITES, CATARRHES.—**L'Emulsion Marchais** est la meilleure préparation créosotée. Elle diminue l'expectoration, la toux, la fièvre et active la nutrition.—Dr Ferrand *Traité de médecine*, 1887).

ANÉMIE, CHLOROSE. Dragées Cézard ne *constipent pas.*

VIN DE BAYARD pepto-phosphaté, le plus puissant reconstituant.

PILULES [illegible]

Le Gérant : A. Chevallereau

Paris, imprimerie DAVY, 52, rue Madame.